

Medizinische Kommunikation – Arzt und Patient im Gespräch

Peter Nowak, Wien¹, und Thomas Spranz-Fogasy, Mannheim²

1. Einleitung – Bedeutung von professioneller Kommunikation in der Medizin

„Medizinische Kommunikation“ durchdringt alle Bereiche des medizinischen Handelns in vielfältigen Formen. Mündliche Kommunikation verbindet die Mitglieder unterschiedlicher Gesundheitsberufe und die Patienten in Anamnesegesprächen, Visiten, Aufklärungsgesprächen, Dienstübergaben, Teambesprechungen, Instruktionen für Jungärzte, Telefonaten etc. oder auch „nebenbei“ in Anweisungen am OP-Tisch, Bitten um Mitarbeit bei der körperlichen Untersuchung usw. Unzählige schriftliche Texte sichern die Leistungen von Krankenbetreuungsinstitutionen wie Patientenakten, Arztbriefe, Überweisungen, Rezepte, Krankschreibungen oder Beipackzettel. Noch viel weiter führt uns die Konzeption der „Gesundheitsgesellschaft“ (Kickbusch 2006), die eine weitgehende Durchdringung moderner Gesellschaften mit Fragen der Gesundheit und Krankheit postuliert, in der sich auch Gesellschaftsbereiche wie Wirtschaft, Medien, Recht, Erziehung maßgeblich dem Gesundheitsdiskurs verschreiben: keine Zeitung und kein Fernsehen ohne Gesundheitsrubrik, Millionen von Internetseiten zur Gesundheit, Lebensmittel mit Gesundheitsinformationen, Gesundheit als Erziehungsziel etc.

Wenn wir im Folgenden in dieser Fülle den Fokus auf mündliche Arzt-Patient-Interaktion setzen, dann geschieht dies zunächst aus der praktischen Notwendigkeit der Beschränkung, aber auch weil diese Interaktionsform nach wie vor als zentrale Produktionseinheit des Gesundheitswesens (Hart 1998) gesehen werden kann oder, wie es Epstein et al. (1993) formulierten, im „Herz der Medizin“ liegt: Hier werden die meisten Diagnosen erstellt, hier werden Behandlungspläne entwickelt und entschieden und damit die relevanten ökonomischen

1 Dr. Peter Nowak, Allgemeine und Angewandte Sprachwissenschaft und Psychologie; Stellvertretender Institutsleiter und Senior researcher am Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung, Lehrbeauftragter an mehreren Universitäten. Forschungsschwerpunkte: Arzt-Patient-Interaktion; Gesundheitsförderung in organisationellen Settings; Patientenbeteiligung und -empowerment.

2 Prof. Dr. Thomas Spranz-Fogasy ist apl. Prof. an der Universität Mannheim; wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Deutsche Sprache, Mannheim. Arbeitsschwerpunkte: Linguistische Gesprächsanalyse, Arzt-Patient-Gespräche (<http://www.ids-mannheim.de/prag/personal/spranz.html>).

mischen Entscheidungen des Gesundheitswesens getroffen. Hier werden aber auch die psychosozialen Grundlagen für das zukünftige Befolgen von ärztlichen Ratschlägen, für die Kontrollüberzeugung von Patienten hergestellt und damit psychosoziale Grundlagen für Behandlungsergebnisse geschaffen (Stewart 1995). Damit zeigt sich die salutogenetische Bedeutung der Arzt-Patient-Interaktion als „machtvoller Auslöser für Selbstheilungsprozesse“ (Di Blasi/Kleijnen 2003). Darüber hinaus macht die gesamtgesellschaftliche Entwicklung zu autonomen und stärker selbstbestimmten Bürgern (Gerhards 2001) auch vor einer traditionell paternalistischen Medizin nicht halt und fordert eine stärker mitbestimmende „mündige“ Patientenrolle, in der persönliche Beratung und Information durch den Arzt zentrale Bedeutung für das Gelingen der Behandlung erhält (Coulter 2002). Medizinische Kommunikation wird also zum zentralen Erfolgsfaktor des zukünftigen Gesundheitswesens.

2. Das ärztliche Gespräch als Forschungsgegenstand in der Medizin

In der Medizin ist man sich stets der besonderen Bedeutung des Gesprächs mit dem Patienten bewusst gewesen. So hat etwa Antiphon von Athen (480–411 v. Chr.) erkannt, dass man „Kranke durch Worte heilen“ könne (Watzlawick 2002). Freud hat das ärztliche Gespräch dann ebenfalls als „talking cure“ charakterisiert, und Balint wie auch die psychotherapeutische Schule von Palo Alto (Bateson, Jackson, Watzlawick) haben ab den 1960er Jahren umfangreiche Forschungen zur medizinischen Bedeutung ärztlicher Gespräche durchgeführt. In Deutschland haben Meerwein (1969) und danach v. a. Geisler (1989) ihre Erfahrungen und Beobachtungen aus dem Sprechstunden-Alltag in praktische Anleitungen umgesetzt. Ripke (1994) entwickelte Konzepte ärztlicher Gesprächsführung auf der Basis des gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes (Rogers 1972) und nutzte dazu auch tontechnisch aufgezeichnete authentische Gespräche. Zuvor schon wurden authentische Gespräche insbesondere aus der klinischen Visite aus medizinischer, medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive untersucht (Köhle/Raspe 1982, Siegrist 1978). V. a. die Arbeitsgruppe um Köhle hat sich dann in den letzten Jahren ausführlich mit dem ärztlichen Gespräch in Klinik und Praxis befasst und Leitfäden dafür entwickelt (Köhle et al. 2007). Im Rahmen der Reform der Curricula an den medizinischen Universitäten und in der psychosomatischen Weiterbildung (s. bspw. Neises et al. 2005) hat auch die Ausbildung in der ärztlichen Gesprächsführung in den letzten Jahren einen erheblichen Stellenwert erhalten. Eine gründliche Auseinandersetzung mit den Besonderheiten verbaler Interaktion, wie bspw. Flüchtigkeit oder Prozessualität, unterblieb jedoch bislang. Die besondere Bedeutung des Arzt-Patient-Gesprächs und die Notwendigkeit einer auch linguistiskommunikationswissenschaftlichen Untersuchung wird jedoch klar, wenn

man sich vor Augen führt, dass Ärzte im Lauf ihres Berufslebens ca. 150.000 Gespräche mit Patienten führen (Lipkin et al. 1995), diese also den weitaus größten Teil ihres beruflichen Handelns ausmachen.

3. Medizinische Themen in der Linguistik³

In der Linguistik wurden medizinische Themen zunächst im Rahmen der Fachsprachenforschung behandelt. Schwerpunkt dabei war die Untersuchung von Fachausdrücken, Satzkonstruktionen und Fachtexten (v. a. Beipackzettel) und deren Verständlichkeit (Wiese 1984, Schuldt 1992). Daraus, wie auch aus einem zunehmenden Interesse an institutioneller Kommunikation (im Überblick Becker-Mrotzek 1999), entwickelte sich in engem Zusammenhang mit der Etablierung der linguistischen Gesprächsforschung ab etwa 1975 in Deutschland und Österreich ein breiter Schwerpunkt der Erforschung ärztlicher Gespräche. Die technische Entwicklung von Geräten zur Aufzeichnung und deren Verarbeitung wie auch die methodischen Entwicklungen der Gesprächsforschung machten es möglich, ärztliche Gespräche in ihrer natürlichen Umgebung zu erfassen und systematisch auszuwerten. Im Mittelpunkt der Untersuchungen standen Arbeiten zu den institutionellen Orten (Krankenhaus, Allgemeinpraxis) und den verschiedenen Interaktionstypen (Anamnese, Visite), zu Besonderheiten bestimmter Krankheitstypen (Krebserkrankungen, chronische Erkrankungen) und Patientengruppen (ältere Patienten, Migranten). Einen Überblick zur Forschung gibt Löning 2001.

Neuere Forschungen im deutschsprachigen Raum befassen sich mit dem Wie des Sprechens in Arzt-Patient-Gesprächen. Dabei geht es auch um diagnostische Verfahren im Zusammenhang mit Patienten mit epileptischen Anfällen (Gülich et al. 2002), um Schmerzdarstellungen allgemein (Gülich et al. 2003) und um geschlechtsspezifische Unterschiede bei Koronarerkrankungen (Menz et al. 2002). Weitere Themen betreffen spezifische Typen und Komponenten des ärztlichen Gesprächs wie präoperative Aufklärung, psychosoziale Anamnese, Diagnosemitteilung oder Modelle der Beziehungsgestaltung im therapeutischen Entscheidungsdialog sowie besondere sprachliche Formen wie Reformulierungen oder Erzählen. Beiträge zu diesen Themen finden sich u. a. in Neises et al. (2005); eine Metastudie zur deutschsprachigen Forschung bietet Nowak (2007a). Gemeinsam haben die Verfasser dieses Beitrags auch eine umfangreiche Bibliografie zur medizinischen Kommunikation erstellt (<http://hypermedia.ids-mannheim.de/gais/pdf/API-07032007.pdf>). Eine umfassende Online-

3 Der praktische Bereich der klinischen Linguistik wird hier nicht behandelt, da es sich dabei nicht primär um die Untersuchung medizinischer Kommunikation handelt. Einen Überblick dazu gibt Hielscher-Fastabend 2004.

Forschungsdatenbank zur Diskursforschung über deutschsprachige Arzt-Patient-Interaktion (API-on[©]) ist 2008 vom Wiener Institut für Sprachwissenschaft ins Netz gestellt worden (<http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/api-on>).

Insbesondere im angloamerikanischen Raum wurden ebenfalls seit den 1970er Jahren breit angelegte Forschungen zum ärztlichen Gespräch aus medizinischer, soziologischer und linguistischer Sicht durchgeführt. Frankel (2000) spricht gar von einem „sociolinguistic turn“ der Medizin in den USA. In den neueren Arbeiten (s. exemplarisch in Heritage/Maynard (eds.) 2006), die zunehmend in Kooperation mit Praktikern und der medizinischen Forschung publiziert werden, ist hier schon die in Deutschland bislang völlig vernachlässigte Integration von qualitativen und quantitativen Untersuchungen ein zentrales Anliegen.

4. Unterschiede zur Alltagskommunikation

Ärztliche Gespräche sind zwar alltägliches Geschehen, sie unterscheiden sich aber in ihrer Rahmensetzung fundamental von informellen Alltagsgesprächen zwischen gleichberechtigten Partnern (zu Alltagsgesprächen s. Schütte 2001). Das betrifft v. a. folgende Aspekte (s. a. Deppermann 2007):

- *Die institutionelle Einbindung:* Ärztliche Gespräche finden unter den Bedingungen eines gesellschaftlich kontrollierten hoch institutionalisierten Gesundheitssystems statt. Dazu gehören rechtliche Vorgaben, die auch in die konkrete Gesprächsgestaltung hineinreichen, wie bspw. Pflichten der Aufklärung der Patienten, der Dokumentation der Therapie oder der Legitimation einer Rezeptierung. Hinzu kommen in einem gesellschaftlichen System dieser Größenordnung⁴ auch ökonomische Aspekte, wie bspw. die Abrechenbarkeit ärztlicher Leistungen und zunehmend auch Einflüsse der Medienvelt mit ihren Möglichkeiten zur Information (Lalouschek 2005). Nicht zu unterschätzen sind die Verwobenheit der Krankenbetreuung mit Aufgaben der Ausbildung von Gesundheitsberufen (Menz 1991) und der Forschung insbesondere im Krankenhausbereich.
- *Asymmetrische Beteiligungskonstellationen:* Ärztliche Gespräche sind Experten-Laien-Gespräche (Brünner 2005). Ärzte haben im Verlauf ihrer beruflichen Sozialisation ein fachbezogenes Spezialwissen und die Legitimation zu dessen Anwendung erworben. Sie verfügen dadurch außerdem über umfangreiche Kenntnisse institutioneller und arbeitsorganisatorischer Abläufe,

4 Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden wurden im Jahr 2005 ca. 10,7 % des Bruttoinlandsprodukts im deutschen Gesundheitswesen erwirtschaftet (s. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tabellen_gesundheit.shtml; Stand: 21.11.2008).

was ihnen auch erweiterte Durchführungsrechte in Gesprächen ermöglicht. Mit der Approbation verbunden ist auch eine Lizenz zur therapeutischen Versorgung, die ein Machtgefälle zwischen Arzt und Patient erzeugt.

Ein weiterer Aspekt der unterschiedlichen Beteiligungsvoraussetzungen in ärztlichen Gesprächen betrifft die Wahrnehmung des Gesprächsgegenstandes, der Krankheit: Während der Arzt den Patienten als Fall einer Krankheitskategorie behandeln kann, ist der Patient von der Krankheit, oft in hohem Maße, persönlich betroffen. Emotionale Belastung trifft hier dann auf – durchaus notwendige – professionelle Distanz.

Dies zusammengekommen führt zu Asymmetrien auch der Gesprächsbeteiligung: Der Arzt setzt das Gespräch und die einzelnen Schritte darin in Gang und er beansprucht auch mit typischen Aktivitäten wie Frage, Erklärung oder Instruktion Initiativrechte.

- *Zweckbezug:* Ärztliche Gespräche sind aufgabenorientiert und dienen gesprächsübergreifenden Zwecken der Diagnosefindung und Therapieentwicklung. Dies sorgt für einen stark strukturierten Gesprächsablauf mit vorgegebenem Aufgabenprofil für die Beteiligten und einer signifikanten Verteilung von Aktivitätstypen wie Fragen, Diagnosemitteilung, Vorschläge etc. auf Seiten des Arztes bzw. Antworten oder Beschwerdenschilderung bei Patienten. Der Erfolg dieser Gespräche hängt von der Erfüllung der Handlungsaufgaben ab, Aspekte wie die Beziehungsgestaltung und die Gesprächsatmosphäre sind zwar therapeutisch relevant und funktional, werden aber häufig aus ärztlicher Sicht subsidiär gesehen (nicht so aus Patientensicht!).

Die Spannweite dieser Gespräche ist breit gefächert. Dies hängt zum einen vom *institutionellen Ort* ab, an dem solche Gespräche geführt werden, ob sie im Krankenhaus oder in der ärztlichen Praxis stattfinden. Ein zweiter Gesichtspunkt betrifft die konkreten *Gesprächsaufgaben* der Beteiligten, ob es also um Vorsorge, Anamnese, Diagnosemitteilung, Therapieplanung, Aufklärung, Visite oder Nachsorge geht. Des Weiteren spielt auch das jeweilige *Krankheitsbild* eine wichtige Rolle, bspw. Krebserkrankungen, neurologische oder chronische Erkrankungen. Und schließlich sind auch besondere *Beteiligtenkonstellationen* von Bedeutung, wie Gespräche mit Eltern und Kindern, Frauen oder Männern, mit älteren Patienten, mit Migranten oder mit mehreren Ärzten. Bei den genannten typologischen Kriterien ist zu berücksichtigen, dass sie medizinischen Kategorisierungen folgen – eine interaktionstheoretisch fundierte Typologie steht noch aus.

Die weiteren Ausführungen beschränken sich auf das Erstgespräch zwischen Arzt und Patient in Bezug auf ein bestimmtes Krankheitsbild. Zunächst sollen aber einige Eigenschaften von Gesprächen dargestellt werden, die auch für ärztliche Gespräche grundlegend sind (s. dazu auch Heritage/Maynard 2006a).

5. Grundeigenschaften von Gesprächen

Gespräche unterliegen bestimmten Bedingungen allgemeingültiger Art. In der linguistischen Gesprächsanalyse werden fünf Grundeigenschaften von Gesprächen hervorgehoben (Deppermann 1999), die auch für die Gesprächspraxis, ihre Bewertung und ihre Veränderungspotenziale bedeutsam sind: Was Gesprächsteilnehmer tun, kann hinsichtlich dessen betrachtet werden,

- inwiefern es zur Herstellung von Gesprächen beiträgt (*Konstitutivität*),
- den Gesprächsablauf beeinflusst (*Prozessualität*),
- den Austausch der beteiligten Individuen organisiert (*Interaktivität*),
- Musterhaftigkeit aufweist (*Methodizität*) oder
- zum (Miss-)Erfolg von Gesprächen beiträgt (*Pragmatizität*).

Die Eigenschaft der Konstitutivität kann in verschiedenen Hinsichten nach *Ebenen der Interaktionskonstitution* weiter differenziert werden (Kallmeyer 2005). So müssen Gesprächsteilnehmer den Austausch von Redebeiträgen organisieren, Sachverhalte in systematischer Weise darstellen oder ihre Beziehung gestalten. Für eine praxisorientierte Betrachtung ist dann v. a. die Ebene der *Handlungskonstitution* relevant. Auf ihr werden Aktivitäten entfaltet und Gesprächsziele organisiert, sie ist der Maßstab jeder professionellen und institutionellen Kommunikation.

Gesprächsübergreifend können auf dieser Ebene durch die Analyse systematisch vorkommender Aktivitäten *Handlungsschemata* ermittelt werden, die von den Gesprächsteilnehmern selbst in Kraft gesetzt werden. Sie machen es möglich, sich im Gespräch zu orientieren und die einzelnen Äußerungen im übergreifenden Handlungszusammenhang zu verorten (Spiegel/Spranz-Fogasy 2001).

Ein solches Handlungsschema enthält Vorstellungen darüber,

- welche Bestandteile (*Handlungsschemakomponenten*) dazu gehören,
- was aufeinander folgt (*Abfolgelogik*) und
- wer was macht (*Beteiligungsaufgaben*).

Es stellt so eine komplexe Hierarchie von Aufgaben dar, die von den Gesprächspartnern *gemeinsam, nacheinander* und *im Wechsel* zu bewältigen sind.

Die Ermittlung eines Handlungsschemas ermöglicht nun die genaue Beschreibung der Variation und Funktion des kommunikativen Handelns auch ganz unterschiedlicher Gespräche eines Interaktionstyps und damit auch einen wertenden Vergleich.

6. Die Handlungsstruktur des ärztlichen Gesprächs⁵

Für den Grundtyp eines ärztlichen Gesprächs mit Patienten ergibt sich ein Handlungsschema mit fünf zentralen Komponenten:

- Gesprächseröffnung
- Beschwerdenexploration
- Diagnosestellung
- Therapieplanung
- Gesprächsbeendigung und Verabschiedung

Die Darstellung des Handlungsschemas erfolgt hier in einer idealtypischen Weise. D. h. nicht, dass dies der ideale Ablauf eines ärztlichen Gesprächs wäre, sondern dass diese Reihenfolge häufig zu finden und handlungslogisch begründet ist. Einzelne Aufgaben des Handlungsschemas können dabei von den Teilnehmern in mehreren Anläufen oder Runden bearbeitet werden, oder es werden bestimmte Teilaufgaben vorgezogen oder zu einem späteren Zeitpunkt in einer anderen Handlungsphase nachgeholt.

Nowak (2007a) ermittelte in seiner Metastudie zu Untersuchungen des ärztlichen Gesprächs zwar neun *Gesprächskomponenten*. Seine Ergebnisse sind jedoch Resultat einer Abstraktion über unterschiedliche Forschungsergebnisse mit dem Fokus auf das interaktive Handeln der Ärzte. Die neun Komponenten lassen sich aber in das o. a. Handlungsschema integrieren (so ist z. B. die zusätzliche Komponente „körperliche Untersuchung“ aus handlungslogischer Perspektive Bestandteil der Beschwerdenexploration) oder sie stellen Aktivitätstypen dar, die in verschiedenen Abschnitten eines ärztlichen Gesprächs realisiert werden können (bspw. die Komponente „Orientierung im Gespräch geben“).

Im Folgenden kann also das o. a. Handlungsschema Bezugspunkt unserer Darstellungen bleiben. Die einzelnen Komponenten werden wir in unterschiedlicher Ausführlichkeit charakterisieren.

Gesprächseröffnung

Der Gesprächsbeginn ist im ärztlichen Gespräch von zentraler Bedeutung: Arzt und Patient müssen in kurzer Zeit eine (Vertrauens-)Beziehung herstellen und das Gespräch über oft heikle gesundheitliche Probleme und Beschwerden in Gang bringen. Die Beteiligten müssen die Bereitschaft zum Gespräch signalisieren, sich einander zuwenden und auch durch ihre Positionierung im Raum an-

⁵ Die folgenden Ausführungen zum ärztlichen Gespräch basieren auf der Analyse von mehr als 60 authentischen Gesprächen von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung und der Auswertung der vorhandenen Forschungsliteratur.

gemessene Kommunikationsbedingungen schaffen. Störungen durch externe Einflüsse oder mangelnde Fokussierung an dieser Stelle des Gesprächs wirken oft lange im Gespräch nach (Spranz-Fogasy 2005).

Wichtig ist dann der Übergang zu den Kernaufgaben des Gesprächs. Hier muss der Arzt dem Patienten einen Kommunikationsraum schaffen, den dieser für eine erste Schilderung seiner Beschwerden bzw. seines Anliegens benötigt – bevor der Arzt medizinisch handeln kann, muss er ja zunächst erst einmal erfahren, welcher Art die jeweiligen Beschwerden sind. Ärzte wählen für diese Aufforderung zur Beschwerdenschilderung sehr unterschiedliche sprachliche Handlungen, die in einem Spektrum von direktiv zu non-direktiv angeordnet werden können:

Typen	Beispielformulierungen
Entscheidungsfrage	<i>Sie kommen wegen ihrer Rückenbeschwerden?</i>
inhaltliche Frage	<i>Was haben Sie für Beschwerden?</i>
offene Frage	<i>Was kann ich für Sie tun? Was führt Sie zu mir?</i>
inhaltliche Aufforderung	<i>Erzählen Sie mal, warum Sie hier sind!</i>
rituelle-offene Frage	<i>Wie geht es Ihnen?</i>
offene Aufforderung	<i>Nun erzählen Sie mal!</i>
implizite Aufforderung	<i>Na, Frau Müller?</i>
Sich-zur-Verfügung-Stellen	[Signalisierung von Aufmerksamkeit]

Diese Eröffnungszüge erzeugen sehr unterschiedliche Handlungszwänge und Freiheiten, aber auch Probleme für die Patienten. So muss ein Patient einer *Entscheidungsfrage* aktiv widersprechen, wenn seine Beschwerden nicht die sind, die der Arzt unterstellt – und manche Patienten trauen sich das nicht; oder die *rituell-offene Frage* erzeugt ein Dilemma zwischen dem Ritual „Wie geht es Ihnen?“ und der im Arztgespräch damit verbundenen Frage nach Beschwerden. Neben Fragen finden sich auch *Aufforderungen*, die den Patienten aber immer noch an vom Arzt vorgegebene sprachliche Formen binden. Einen sehr offenen Beginn erzeugt der Arzt dagegen, wenn er sich lediglich gesprächsbereit und aufmerksam präsentiert, *sich-zur-Verfügung-stellt*, ohne durch explizite Fragen oder Aufforderungen den Aktionsradius der Patientin einzuschränken. Untersuchungen zeigen, dass Offenheit in der Eröffnungsinitiative positive Auswirkungen auf die Patienten, auf die Art der Beschwerdenschilderung und die Qualität der therapeutischen Beziehung hat (Heritage/Robinson 2006).

Beschwerdenexploration

Nach der Gesprächseröffnung und einer ersten Beschwerdenschilderung besteht für den Arzt und den Patienten die Aufgabe, mit komplementären Aktivitäten das spezifische Beschwerdenwissen des Patienten und das professionelle Wissen des Arztes abzugleichen, um zu einer medizinischen Einordnung der Beschwerden, einer Diagnose, kommen zu können. Zwei grundlegende Aktivitäten des Arztes gestalten diese Komponente sehr unterschiedlich, das *Zuhören* und die Art der *Fragen* des Arztes. Ärzte fürchten dabei häufig, dass Patienten zu ausführlich ihre Beschwerden schildern und unterbrechen meist sehr rasch mit eigenen Fragen. Studien zeigen jedoch, dass Patienten ihre anfängliche Schilderung selbständig nach ca. 90 Sekunden abschließen (Langewitz et al. 2002).

Aufmerksames Zuhören ist kein passives Abwarten sondern ein aktives und kooperatives Handeln. *Aktives Zuhören* umfasst, neben *empathischem Schweigen*, auch *Rückmeldesignale*, *verständnissichernde Reformulierungen* und begleitende *Kommentare* zu den Darstellungen der Patienten.

Der Arzt muss aber auch, um sein Verständnis und damit letztlich die Diagnose abzusichern, die Beschwerden aktiv explorieren. Dem Arzt stellen sich hier mehrere schwierige Probleme. Jede Äußerung, jede Frage oder Aufforderung stellt eine Intervention dar, die wichtige Informationen zu verhindern droht. Andererseits braucht der Arzt meist zusätzliche oder nähere Angaben, um das Bild der Beschwerden zu ergänzen. Zentrale sprachliche Handlungen zum Abgleich der unterschiedlichen Wissensvoraussetzungen und Einschätzungen sind *Fragen*. Hier lassen sich zwei Fragetypen unterscheiden:

(a) Mit *Präzisierungsfragen* knüpft der Arzt direkt an die Worte des Patienten an:

P: Im Moment habe ich wie wie gesacht schon immer
die Aussetzer und hier Magen Darmstörungen
[...]

A: Sie haben eben gesacht Aussetzer was verstehen
Sie darunter

Präzisierungsfragen können „vor Ort“ eingesetzt werden und machen es möglich, sich kurzfristig auf einen Teilsachverhalt zu konzentrieren. Dadurch, dass der Arzt sich mit Präzisierungsfragen an der Aussage des Patienten orientiert, bleibt dieser aber „primärer Sprecher“ (Quasthoff 1990) und erhält Anstöße zu einer vertieften Reflexion.

(b) *Komplettierungsfragen* sind dagegen durch sukzessive gedankliche Operationen motiviert, die dem Arzt eine Zuordnung der erzählten Sachverhalte zu einem Krankheitsbild erlauben. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich auf bis dato nicht erwähnte Sachverhalte beziehen, die für den Arzt unter diagnos-

tischen Gesichtspunkten relevant sind. Oft handelt es sich dabei um das Angebot eines Symptoms aus einem Beschwerdenkatalog:

- P: Mir ist unheimlich schlecht
A: Haben Sie denn erbrochen
P: Nee
A: Erbrochen nicht Stuhlgang ist normal

Weitere Themen solcher Fragen sind persönliche Daten, Umstände der Erkrankung und andere Zusammenhänge. Viele Komplettierungsfragen sind für den Patienten jedoch nicht oder nur schwer durchschaubar, weil sie sich aus dem medizinischen Wissen des Arztes speisen. Es ist im Übrigen sehr auffallend, wie viele Ärzte schon nach wenigen Worten der Patienten die Frage nach einer (möglichen) Ursache stellen. Dieses Kausalitätsdenken ist ein Hinweis darauf, dass gleich mit Beginn der Beschwerdenschilderung diagnostisches Wissen des Arztes das Gespräch leitet, ohne für den Patienten transparent zu sein und oft ohne Bezug zum eigentlichen Patientenanliegen.

Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, liegt darin, Komplettierungsfragen zu sammeln und sie an geeigneter Stelle mit einer kurzen Erläuterung einzubringen. Vorsicht ist aber immer geboten, dem Patienten eine bestimmte Antwort in den Mund zu legen; damit können wichtige Mitteilungen verhindert werden (s. Boyd/Heritage 2006).

Präzisierungsfragen	Komplettierungsfragen
an der Äußerung des Patienten orientiert (patientenangeleitet)	am Wissen des Arztes orientiert (wissensgeleitet)
auf der Ebene des Patienten angesiedelt (durch direkten Zusammenhang)	auf der Ebene des Arztes angesiedelt (weil ohne direkten Bezug)
transparent	oft undurchschaubar für Patient
wenig interventiv	stark interventiv
wenig dominant	stark dominant

Diagnosemitteilung

In dieser Gesprächsphase geht es darum, auf Basis des vom Patienten vorgestellten und mit ihm ausgehandelten Beschwerdenbildes eine medizinisch relevante Diagnose zu formulieren und patientenseitig zu akzeptieren. Die ärztliche Diagnosemitteilung bleibt meist sehr knapp, außer wenn die dahinterstehende Untersuchung dem Patienten offensichtlich nicht bekannt ist, die Diagnose unsicher oder von den Gesprächspartnern unterschiedlich eingeschätzt wird. Patienten reagieren auf Diagnosemitteilungen meist gar nicht oder nur mit minimaler Zustimmung, da die Diagnose rein der ärztlichen Verantwort

tung zugeschrieben wird. Aktive Mitarbeit an der Therapie (*compliance*) setzt aber ein Verständnis dessen voraus, „um was es geht“, dies würde eine intensivere interaktive Bearbeitung der Diagnosemitteilung erfordern. Neun von zehn Patienten erhalten zu wenig Erklärungen und gleichzeitig überschätzen Ärzte häufig die Zeit, die sie der Patienteninformation widmen (Braddock et al. 1999). Patienten, die Diagnosen in Frage stellen, tun dies zumeist ohne die ärztliche Autorität in Frage zu stellen, z. B. indem sie körperliche Empfindungen oder Alltagserfahrungen in die Diskussion einbringen (Peräkylä 2006).

Besonders problematisch erscheint die verkürzte Diagnosemitteilung bei schwerwiegenden Befunden wie etwa die folgende:

A: Guten Tag nehmen sie Platz

P: Guten Tag

A: Sie wissen wahrscheinlich um was es geht

P: Nee

A: Des is bösartig die Brust muss ab
ich sag ihnen jetzt mal wie's weitergeht [...]

Nach marginalen Begrüßungsformalitäten geht der Arzt hier unmittelbar über zu einer fast schon brutal formulierten Diagnosemitteilung und autoritären Therapieplanung. Ein kleinerer Teil der Patienten vermeidet zwar zuviel Information, aber im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass Patienten mehr Information wollen, gerade zu „schlechten Nachrichten“, als ihnen Ärzte geben (Jenkins et al. 2001). Patienten zeigen ihr Informations- (und Mitteilungs-)bedürfnis jedoch üblicherweise nicht explizit, sondern geben sprachliche Hinweise auf ihr Interesse. Diese „Relevanzmarkierungen“ (Sator 2003) wurden aufgrund ihrer Bedeutung auch zum Fokus aktueller internationaler, interdisziplinärer Forschungsanstrengungen (Zimmermann et al. 2007).

Therapieplanung

Bei der Therapieplanung und Entscheidungsfindung müssen die Möglichkeiten einer therapeutischen Intervention zwischen medizinisch Gebotenenem (idealerweise evidenzbasiertem medizinischen Wissen) und den alltagspraktischen Erfordernissen des Patienten ausgehandelt werden. Dabei stehen zunächst Aktivitäten des Arztes im Vordergrund, die Entwicklung eines Therapieplans und seine Erläuterung (auch von Behandlungsalternativen und Risiken), dann aber auch das aktive Erfragen der Wünsche und des Verständnisses des Patienten und die Verhandlung seiner Möglichkeiten zur aktiven Übernahme der Therapievor schläge. Gerade für diese Phase des ärztlichen Gespräches hat sich in den letzten Jahren aufgrund von Ergebnissen der Compliance-Forschung eine breite Diskussion über partnerschaftliche Entscheidungsmodelle entwickelt (vgl. auch zum Entscheidungsdialog Koerfer et al. 2005).

7. Ausblick

Ärztliche Gespräche sind, wie unsere Ausführungen zeigen, ein komplexes Geschehen, das sich stark von Alltagsgesprächen unterscheidet und in dem soziale, psychische und sprachliche Aspekte eng verbunden sind, die vielfältige Anknüpfungspunkte für die Forschung bieten. Versucht man sich einen Überblick über die vorliegende linguistische Forschung (und die benachbarter Disziplinen) zur Arzt-Patient-Interaktion zu verschaffen, stößt man dementsprechend auf tausende Arbeiten, die kaum zu überblicken sind. Selbst für den deutschsprachigen Raum liegen etwa 500 einschlägige Arbeiten vor, die – kritisch gesehen – noch wenig Bezug aufeinander nehmen und kaum die internationale (vorwiegend englischsprachige) Diskussion berücksichtigen. Insofern war der Versuch von Nowak (2007a), Metastudien-Methodik in der Diskursforschung (s. Nowak 2007b) einzuführen, ein erster wichtiger, wenn auch noch eingeschränkter Versuch zu einem systematischen Wissensentwicklungsprozess im Forschungsdiskurs über medizinische Kommunikation. Gelänge es mit solchen Methoden, die überwiegend qualitativen Forschungen, die oft auf Basis weniger Einzelfälle komplexe Zusammenhänge aufzeigen, stärker in eine quantitative Erforschung interaktiver Prozesse einzubringen, wären wesentliche interdisziplinäre Forschungsimpulse zu erwarten. Ein eindrucksvolles Beispiel dafür legten Heritage et al. (2007) aktuell vor, in dem weitreichende Auswirkungen der unterschiedlichen Verwendung von „some“ und „any“ in amerikanischen Arzt-Patient-Gesprächen nachgewiesen werden konnten. Insbesondere linguistisch fundierte und interdisziplinär durchgeführte Interventionsstudien zu gesundheitlichen Auswirkungen von Kommunikationsprozessen könnten auf dieser Basis entwickelt werden.

Solchen Quantifizierungen medizinischer Kommunikationsphänomene stehen aber noch wesentliche theoretische Lücken im Wege, insbesondere fehlen interaktionstheoretisch fundierte Analysen und Typologien, die geeignet sind, neben den sprachlichen Zusammenhängen auch die psychologischen, institutionellen und gesellschaftlichen Kontexte ausreichend komplex abzubilden. In diesen Zusammenhang gehören auch anlaufende grundagentheoretische Untersuchungen zum Verstehen und den sozialstrukturell-institutionellen, sequenzorganisatorischen, interaktionstypologischen und sprachlichen Verstehensressourcen (Deppermann 2008, Spranz-Fogasy/Lindtner 2009).

Spezifischere Forschungsdesiderata können für die deutschsprachige Diskursforschung vor allem im Bereich der Kommunikation rund um die körperliche Untersuchung und in Entscheidungsprozessen/Therapieplanungen sowie zu Patientenäußerungen bzw. -initiativen⁶ gesehen werden. Neue Forschungs-

6 Bislang hatte die linguistische Forschung den Schwerpunkt auf die ärztlichen Kommunikationsbeiträge gelegt.

bereiche ergeben sich mit der Einführung elektronischer Informationstechnologien: Fragen nach dem Einfluss von Computern als drittem „Partner“ in interaktiven Prozessen (s. Greatbatch 2006) bzw. die Entwicklung von E-mail-Kommunikationen als Ergänzung oder Ersatz des ärztlichen Gesprächs (z. B. Leong et al. 2005; Goodyear-Smith et al. 2005). Ein bislang nicht beforschtes Feld ist der Verlauf von Kommunikationsprozessen über lange Behandlungsbeziehungen. Schließlich bedürfen vor dem Hintergrund erster Arbeiten (z. B. Bührig/Meyer 2004) auch Fragen der transkulturellen Kommunikation gerade im Bereich der Medizin zukünftig mehr Beachtung. Wir können also insgesamt ein sehr weites Spektrum von zum Teil auch gesellschaftlich hoch relevanten, zukünftigen Forschungsbereichen identifizieren.

Für die praktische Anwendung linguistischer Ergebnisse im Gesundheitswesen liegt der Schwerpunkt auf linguistisch gestützten Trainingsprogrammen, die auf eine grundlegende Sensibilisierung für Gesprächsführung bei Studenten und Ärzten anhand aufgezeichneter Gespräche abzielen. Diese werden zunehmend und auch sehr erfolgreich mit „Simulationspatienten“ (von Schauspielern gespielten Patienten) durchgeführt. Aus Sicht der komplexen und auch nicht ausreichend theoretisch erklärten Zusammenhänge muss jedoch bei der Ableitung von all zu simplifizierenden „Kommunikationsregeln“ zur Vorsicht gemahnt werden.

Literatur

- Becker-Mrotzek, Michael: *Diskursforschung und Kommunikation in Institutionen*. 2. Aufl. Heidelberg 1999
- Boyd, Elizabeth / Heritage, John: *Taking the history: questioning during comprehensive history-taking*. In: Heritage/Maynard (eds.) 2006, S. 151–184
- Braddock, Clarence / Edwards, K. / Hasenberg, N. / Laidley, T. / Levinson, W.: *Informed Decision Making in Outpatient Practice: Time to Get Back to Basics*. In: JAMA: The Journal of the American Medical Association 282 (1999), no 24, S. 2313–2320
- Brünner, Gisela: *Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation*. In: Neises et al. (Hg.) 2005, S. 90–109
- Bührig, Kristin / Meyer, Bernd: *Ad hoc-interpreting and the achievement of communicative purposes in doctor-patient-communication*. In: Multilingual Communication 3 (2004), S. 43–62
- Coulter, Angela: *The Autonomous Patient. Ending paternalism in medical care*. London 2002
- Deppermann, Arnulf: *Forschungen zur Arzt-Patient-Kommunikation im deutschen Sprachraum*. In: Health Communication (The Official Journal of Korean Academy on Communication in Healthcare) 2 (2007), no 1, S. 51–63 (Koreanische Version: S. 40–50)
- Deppermann, Arnulf: *Gespräche analysieren. Eine Einführung in konversationsanalytische Methoden*. Opladen 1999
- Deppermann, Arnulf: *Verstehen im Gespräch*. In: Ludwig M. Eichinger / Heidrun Kämper (Hg.): *Sprache – Kognition – Kultur. Sprache zwischen mentaler Struktur und*

- kultureller Prägung. Berlin/New York 2008, S. 225–261 (Jahrbuch des Instituts für Deutsche Sprache 2007)
- Di Blasi, Zeldá / Kleijnen, Jos: *Context Effects: Powerful Therapies or Methodological Bias?* In: *Evaluation & the Health Professions* 26 (2003), no 2, S. 166–179
- Elwyn, Glyn / Edwards, Adrian / Wensing, Michel / Hood, Kerenza / Atwell, Christine / Grol, Richard: *Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement*. In: *Quality & Safety in Health Care* 12 (2003), S. 93–99
- Epstein, Ronald / Campbell, Thomas / Cohen-Cole, Steven: *Perspectives on Patient-Doctor Communication*. In: *The Journal of Family Practice* 37 (1993), no 4, S. 377–388
- Frankel, Richard: *The (socio-)linguistic turn in physician-patient communication research*. In: Georgetown University Round Table On Languages And Linguistics 2000, S. 81–103
- Geisler, Linus: *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch*. Frankfurt 1989
- Gerhards, Jürgen: *Der Aufstand des Publikums. Eine systemtheoretische Interpretation des Kulturwandels in Deutschland zwischen 1960 und 1998*. In: *Zeitschrift für Soziologie* 30 (2001), S. 163–184
- Goodyear-Smith, Felicity / Wearn, Andy / Everts, Hans / Huggard, Peter / Halliwell, Joan: *Pandora's electronic box: GPs reflect upon email communication with their patients*. In: *Informatics in Primary Care* 13 (2005), no 3, S. 195–202
- Greatbatch, David: *Prescriptions and prescribing: coordinating talk- and text-based activities*. In: Heritage/Maynard (eds.) 2006, S. 313–339
- Gülich, Elisabeth / Schöndienst, Martin / Surmann, Volker (Hg.): *Wie Anfälle zur Sprache kommen*. Psychotherapie & Sozialwissenschaft, Themenheft 4 (2002)
- Gülich, Elisabeth / Schöndienst, Martin / Surmann, Volker (Hg.): *Schmerzen erzählen*. Psychotherapie & Sozialwissenschaft, Themenheft 4 (2003)
- Hart, Julian: *Expectations of health care: Promoted, managed or shared?* In: *Health Expectations* 1 (1998), no 1, S. 3–13
- Heritage, John / Robinson, Jeffrey / Elliott, Marc / Beckett, Megan / Wilkes, Michael: *Reducing Patients' Unmet Concerns in Primary Care: the Difference One Word Can Make*. In: *Journal of General Internal Medicine* 22 (2007), no 10, S. 1429–1433
- Heritage, John / Maynard, Douglas (eds.): *Communication in Medical Care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge 2006
- Heritage, John / Maynard, Douglas: *Problems and prospects in the study of doctor-patient interaction: 30 years of research in primary care*. In: *Annual Review of Sociology* 32 (2006a), S. 351–374
- Heritage, John / Robinson, Jeffrey: *The Structure of Patients' Presenting Concerns: Physicians' Opening Questions*. In: *Health Communication* 19 (2006), no 2, S. 89–102
- Hielscher-Fastabend, Martina: *Klinische Linguistik – zur Behandlung neurogener Sprachstörungen*. In: Karlfried Knapp et al. (Hg.): *Angewandte Linguistik*. Tübingen/Basel 2004, S. 526–543
- Jenkins, Valerie / Fallowfield, Lesley / Saul, Jacky: *Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres*. In: *British Journal of Cancer* 84 (2001), S. 48–51
- Kallmeyer, Werner: *Konversationsanalytische Beschreibung*. In: Ulrich Ammon / Norbert Dittmar / Klaus Mattheier / Peter Trudgill (Hg.): *Sociolinguistics / Soziolinguistik*. 2. Aufl. Berlin/New York 2005, S. 1212–1225 (HSK 3.2)
- Kickbusch, Ilona: *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Hamburg 2006

- Koerfer, Armin / Köhle, Karl / Obliers, Rainer: *Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient – Modelle der Beziehungsgestaltung in der Medizin*. In: Neises et al. (Hg.) 2005, S. 137–160
- Köhle, Karl et al.: *Manual zur ärztlichen Gesprächsführung und Mitteilung schwerwiegender Diagnosen*. Köln 2007
- Köhle, Karl/Raspe, Hans-Heinrich (eds.): *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. München 1982
- Lalouschek, Johanna: *Inszenierte Medizin. Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows*. Radolfzell 2005
- Lalouschek, Johanna: *Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung – am Beispiel der psychosomatischen Anamnese*. In: Neises et al. (Hg.) 2005a, S. 48–72
- Langewitz, W. / Denz, M. / Keller, A. / Kiss, A. / Rüttimann, S. / Wössmer, B.: *Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study*. In: *British Medical Journal* 325 (2002), S. 682–683
- Leong, Shou / Gingrich, Dennis / Lewis, Peter / Mauger, David / George, John: *Enhancing Doctor-Patient Communication Using Email: A Pilot Study*. In: *The Journal of the American Board of Family Medicine* 18 (2005), no 3, S. 180–188
- Lipkin, Mack / Frankel, Richard / Beckman, Howard / Charon, Rita / Fein, O.: *Performing the interview*. In: Mack Lipkin / Aaron Lazare / Samuel Putnam: *The Medical Interview: Clinical Care, Teaching, and Research*. New York 1995, S. 65–82
- Löning, Petra: *Gespräche in der Medizin*. In: Klaus Brinker / Gerd Antos / Wolfgang Heinemann / Sven Sager (Hg.): *Text- und Gesprächslinguistik*. Berlin/New York (2001), S. 1576–1588 (HSK 16.2)
- Meerwein, Fritz: *Das ärztliche Gespräch*. Bern 1969
- Menz, Florian / Lalouschek, Johanna / Stöllberger, Claudia / Vodopiutz, Julia: *Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Brustschmerz: Ergebnisse einer medizinisch-linguistischen transdisziplinären Studie*. In: *Linguistische Berichte* 191 (2002), S. 343–366
- Menz, Florian: *Der geheime Dialog: medizinische Ausbildung und institutionalisierte Verschleierung in der Arzt-Patient-Kommunikation; eine diskursanalytische Studie*. Frankfurt 1991 (Arbeiten zur Sprachanalyse 13)
- Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart 2005
- Nowak, Peter: *Eine Systematik sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Metastudie über Diskursforschungen zu deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktionen*. Wien: Dissertation Universität Wien 2007a
- Nowak, Peter: *Metastudien-Methodik – ein neues Methodenparadigma für die Diskursforschung*. In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 8 (2007b), S. 89–116
- Quasthoff, Uta: *Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip, das Verantwortungsprinzip. Zum Verhältnis von „Alltag“ und „Institution“ am Beispiel der Verteilung des Rederechts in der Arzt-Patienten-Interaktion*. In: Konrad Ehlich / Armin Koerfer / Angelika Redder / Rüdiger Weingarten (Hg.): *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Wiesbaden 1990, S. 66–82
- Peräkylä, Anssi: *Communicating and responding to diagnosis*. In: Heritage/Maynard (eds.) 2006, S. 214–247

- Ring, Adele / Dowrick, Christopher / Humphris, Gerry / Salmon, Peter: *Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study.* In: *British Medical Journal* 328 (2004), no 7447, S. 1057
- Ripke, Thomas: *Patient und Arzt im Dialog. Praxis der ärztlichen Gesprächsführung.* Stuttgart/New York 1994
- Robinson, Jeffrey: *Closing medical encounters.* In: *Social Science and Medicine* 53 (2001), no 5, S. 639–656
- Rogers, Carl: *Die nicht direktive Beratung.* München 1972
- Sator, Marlene: *Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im Ärztinnen-Patientinnen-Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgesprächs auf der onkologischen Ambulanz.* Wien 2003
- Schuldt, Janina: *Den Patienten informieren. Beipackzettel von Medikamenten.* Tübingen 1992
- Schütte, Wilfried: *Alltagsgespräche.* In: Klaus Brinker / Gerd Antos / Wolfgang Heinemann / Sven Sager (Hg.): *Text- und Gesprächslinguistik.* Berlin/New York 2001, S. 1485–1492 (HSK 16.2)
- Siegrist, Johannes: *Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Vergleichende medizinsoziologische Untersuchungen in Akutkrankenhäusern.* Stuttgart 1978
- Spiegel, Carmen / Spranz-Fogasy, Thomas: *Aufbau und Abfolge von Gesprächsphasen.* In: Klaus Brinker / Gerd Antos / Wolfgang Heinemann / Sven Sager (Hg.): *Text- und Gesprächslinguistik.* Berlin/New York 2001, S. 1241–1252 (HSK 16.2)
- Spranz-Fogasy, Thomas: *Kommunikatives Handeln in Gesprächen.* In: Neises et al. (Hg.) 2005, S. 17–47
- Spranz-Fogasy, Thomas / Lindtner, Heide: *Fragen und Verstehen – Wissenskonstitution im Gespräch zwischen Arzt und Patient.* In: Ekkehard Felder / Marcus Müller (Hg.): *Wissen durch Sprache.* Berlin/New York 2009, S. 143–172
- Stewart, Moira: *Effective physician-patient communication and health outcomes: A review.* In: *Canadian Medical Association Journal* 152 (1995), no 9, S. 1423–1433
- Stivers, Tanya: *Treatment decisions: negotiations between doctors and patients in acute care encounters.* In: Heritage/Maynard (eds.) 2006, S. 279–312
- Watzlawick, Paul: *Die Möglichkeit des Andersseins: Zur Technik der therapeutischen Kommunikation.* Bern 2002
- West, Candace: *Coordinating closings in primary care visits: producing continuity of care.* In: Heritage/Maynard (eds.) 2006, S. 379–415
- White, Jocelyn / Rosson, Connie / Christensen, John / Hart, Rosemary / Levinson, Wendy: *Wrapping things up: A qualitative analysis of the closing moments of the medical visit.* In: *Patient Education and Counseling* 30 (1997), no 2, S. 155–165
- Wiese, Ingrid: *Fachsprache der Medizin.* Leipzig 1984
- Zimmermann, Christa / Del Piccolo, Lidia / Finset, Arnstein: *Cues and concerns by patients in medical consultations. A literature review.* In: *Psychological Bulletin* 133 (2007), no 3, S. 438–463